García (E. R.)

CUERPO MÉDICO-MILITAR—ESCUELA PRACTICA.

CONSIDERACIONES CLINICAS

SOBRE EL TRATAMIENTO

DE LA SIFILIS

TESIS

que para el concurso á la plaza de Profesor de Clínica de las enfermedades Venéreo-sifilíticas, en la Escuela Práctica Médico-Militar, presenta el Teniente Coronel Médico-Cirujano

DR. EDUARDO R. GARCIA

Miembro de la Academia Nacional de Medicina, Profesor (por oposición) de Medicina Operatoria en el Instituto de Ciencias, de Oaxaca, Profesor Adjunto de Cirujía de Urgencia en la Escuela Práctica Médico-Militar, Preparador de Fisiología en la Escuela Nacional de Medicina.



LIBRARY
SURGEON GENERAL'S OFFICE
JUN 27 1899

MEXICO.

TERRAZAS, IMP. SAN JOSE DE GRACIA 5.

1891.

Sr. Dr. José Ma. Bandera

CUERPO MÉDICO-MILITAR—ESCUELA PRACTICA.

CONSIDERACIONES CLINICAS

SOBRE EL TRATAMIENTO

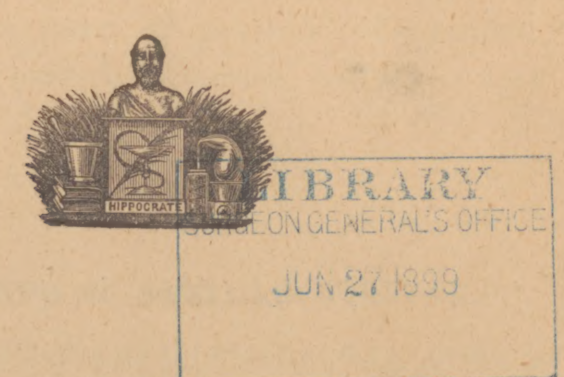
DE LA SIFILIS

TESIS

que para el concurso á la plaza de Profesor de Clínica
de las enfermedades Venéreo-sifilíticas, en la Escuela Práctica Médico-Militar,
presenta el Teniente Coronel Médico-Cirujano

DR. EDUARDO R. GARCIA

Miembro de la Academia Nacional de Medicina, Profesor (por oposición)
de Medicina Operatoria en el Instituto de Ciencias, de Oaxaca,
Profesor Adjunto de Cirujía de Urgencia en la Escuela Práctica Médico-Militar,
Preparador de Fisiología en la Escuela Nacional de Medicina.



LIBRARY
SURGEON GENERAL'S OFFICE
JUN 27 1899

MEXICO.

TERRAZAS, IMP. SAN JOSE DE GRACIA 5.

1891.

AL GRAL. CORONEL SUB-INSPECTOR DEL CUERPO MÉDICO-MILITAR

DR. ALBERTO ESCOBAR,

Director del Hospital Militar de Instrucción y de la Escuela Práctica Médico-Militar.

Vuestros esfuerzos y propósitos por el encumbramiento científico de nuestra Corporación, merecen muy justamente que os consagremos nuestros trabajos.

AL CORONEL, JEFE DEL DEPARTAMENTO MÉDICO,

DR. EPIFANIO CACHO.

El último miembro del Cuerpo Médico-Militar, el último también, de vuestros amigos, pero el primer admirador de vuestras virtudes cívicas, os dedica este trabajo.

AL CUERPO DE SANIDAD MILITAR.

SINCERO TESTIMONIO DE FRATERNAL AFECTO.

al Sr Profesor de Fisiología
al erudito y sabio Maestro
al estimado amigo
el Sr Dr. Dn José M. Bandera
Recuerdo afectuoso
El Autor
abril 29/1911

No hace dos meses todavía, que se verificó en la Escuela práctica médico-militar el primer concurso para cubrir las vacantes de profesores propietario y adjunto de Cirujía de urgencia, en el cual tomamos parte, y cuyo resultado fué favorecernos con el voto unánime para Profesor adjunto, y dos votos para propietario. Aún sentimos la emoción muy natural de aquel acto, cuando de nuevo nos presentamos á otra lucha del mismo género, aspirando á la plaza de Profesor de Clínica de las enfermedades venéreo-sifilíticas. Es, pues, indispensable dar á nuestros compañeros una explicación de esta insistencia.

Si es verdad que mucho y de veras hemos quedado complacidos con el resultado y decisión inapelable del jurado; inmensamente agradecidos con su primera y segunda votación, también lo es, que nuestras nobles y justas aspiraciones no han sido del todo y completamente satisfechas. No es, lo protestamos sinceramente, la nécia é insaciable vanidad la que hoy por segunda vez nos hace tomar parte en este nuevo certamen, á pesar del resultado tan favorable como inmerecido del primero. No, ciertamente; y lamentaríamos de todas veras si tan cruel como equivocadamente fuésemos juzgados. Es, puede creérsenos, el natural deseo de un bienestar mejor; es, el porvenir, que por nuestras especiales circunstancias estamos obligados á conquistar á toda costa. Y ¿qué medio más á propósito y más honrado, si bien harto difícil, que el que nos presenta el Cuerpo Médico-Militar, ofreciéndonos los honrosísimos puestos de profesores de su Escuela, conquistados en el terreno científico?

Ahora bien ¿con qué elementos contamos para emprender esta nueva lucha? Cuales son nuestros recursos para pretender el profesorado de enfermedades venéreo-sifilíticas, estudio este tan vasto como importante? Hé aquí nuestros pertrechos. Hace diez años que cábenos la honra de pertenecer al Cuerpo Médico-Militar, y durante este tiempo, así por particular inclinación como favorecidos por las circunstancias, hemos tenido á nuestro cargo los servicios especiales de sifilíticos en los hospitales militares de la Capital, de Puebla y de San Luis Potosí. Creemos, por lo mismo, que después de tal práctica, y dados los ricos elementos de que por fortuna y para honra de nuestra Corporación como de nuestro Ejército, se dispone en los establecimientos todos médico-militares, estamos en circunstancias, de poder señalar siquiera, para que inteligencias mejores prosigan, algunos hechos de nuestra propia observación.

Si á los medios arriba indicados, podemos añadir nuestra buena voluntad para el trabajo, nuestra inquebrantable abnegación y las favorables circunstancias personales que afortunadamente poseemos, es cuando menos posible suponer, que estamos en condiciones de luchar; no venceremos, poco importa, pues la derrota en estos casos honra tanto como el triunfo.

La primera prueba, marca la ley, debe ser escrita, y hé aquí desde luego nuestra primera y grande dificultad. ¿Qué podríamos decir á nuestro jurado que sea para él ignorado ó desconocido sobre la sífilis, constándonos como nos consta, su instrucción é ilustración? ¿Qué podríamos presentarle como nuevo y original que hubiera escapado á su constante investigación? Nada, ciertamente, pues las inagotables y renovadas fuentes donde se instruye cada uno de sus miembros, así como su propia experiencia, les ha enseñado cuanto hasta hoy la ciencia haya dicho sobre la materia de que tratamos.

Sin embargo, el punto en que vamos á ocuparmos en este trabajo, presenta, en nuestro concepto, alguna novedad y originalidad, pues no lo hemos visto tratado en ninguna de las varias obras de sifiligrafía que nos son conocidas, y así, la Escuela francesa que es nuestra propia escuela, nada ha dicho hasta hoy, al menos que nosotros sepamos, acerca de la cuestión que queremos indicar.

Mucho se ha escrito, es verdad, sobre la sífilis y su tratamiento, desde la más remota antigüedad hasta nuestros días; pero nadie se ha ocupado, así lo creemos, en los detalles importantísimos en que nos vamos á ocupar, y que ejercen una poderosa influencia, no cabe duda, en el resultado terapéutico de la enfermedad, como procuraremos demostrarlo.

Es al Dr. Ramón Macías, ex-profesor de Clínica Externa por muchos años, en nuestra Escuela práctica prof. adjunto de la misma materia en nuestra Escuela N. de Medicina, á quien cabe la honra de ser el primero que los ha señalado y demostrado, así en su práctica nosocomial como en su numerosa práctica civil. El Dr. Macías nos manifestaba desde hace mucho tiempo, en conversaciones privadas, sus opiniones acerca de la importancia que tenían las ulceraciones bucales y faringeas de los sifilíticos para el pronóstico y sobre todo para el tratamiento de estos enfermos, opiniones que posteriormente hemos visto siempre demostradas.

Sentimos verdaderamente, que el poco tiempo de que disponemos para la formación de este trabajo nos impida, muy á pesar nuestro, darle el desarrollo que merece y bien quisiéramos, contentándonos con indicar solamente, como hemos dicho, la existencia de un hecho práctico de notoria importancia y de diaria observación. Ojalá lo crean así nuestros ilustrados jueces y nuestros queridos compañeros.

*
* *

La sífilis es una enfermedad constitucional, contagiosa, inoculable, de carácter crónico, susceptible de ser trasmitida por herencia, y que reconoce por causa exclusiva un vírus, vírus específico de ella. La adquisición de este conocimiento, la distinción entre la naturaleza íntima de esta enfermedad y la de las otras dos que en conjunto con ella forman el grupo de las afecciones llamadas venéreas, ha sido el término de una série de fluctuaciones que han dado un gran interés á la historia de la sífilis.

No hay cuestión más debatida en la historia de la medicina que la época en que apareció por la primera vez la sífilis en Europa. Por mucho tiempo se creyó, debido á los trabajos de Astruc, que antes del siglo XV era enteramente desconocida; pero investigaciones de los sifilígrafos modernos hechas en favor de sus respectivas ideas, y valiéndose de documentos desconocidos para Astruc, demuestran que la existencia de la sífilis parece ser tan antigua como la medicina misma.

La primera noticia que hay de ella se encuentra en la India, en un libro de medicina llamado *Ayurvedas*, escrito por Suçrutas, y traducido al latín por Hessler, En el capítulo consagrado á las enfermedades de los órganos genitales, Suçrutas describe como consecuencias de ellas, afecciones de la piel, úlceras, oftalmías, erupciones en las palmas de las manos y plantas de los pies; igualmente habla de los bubones, diciendo que pueden abrirse solos, y entre otras cosas señala la escición de porciones del pene con cuchillo, y aplicaciones consecutivas de aceite sobre la herida. Follin acepta como satisfactoria esa descripción de la sífilis.

Hipócrates, hace la relación de afecciones que parecen ser sifilíticas, aunque sin referir su causa y su naturaleza. En los poemas eróticos de Marcial y Juvenal, se hace mención de enfermedades constitucionales, que pueden ser transmitidas por el coito, pero no se encuentra la descripción de ellas.

De la Edad media, son muy pocos los documentos que quedan. Daremberg cita un manuscrito que contiene la descripción completa de las úlceras, fisuras, condilomas del ano y otras: estas afecciones son atribuidas á los órganos genitales.

En el siglo XIII, Ricard de Salernitan habla de que el pene y los testículos, pueden ulcerarse por el contacto con los humores inflamatorios y corrompidos de la menstruación; distingue estas úlceras de las demás por su color, secreción, temperatura y otras particularidades. Guillermo de Saliceto, refiere úlceras y fisuras que pueden aparecer en el pene por el coito con mujer sucia.

Por las citas anteriores no se puede menos de convenir en que indudablemente á los antiguos les eran conocidas las enfermedades contagiosas de los órganos genitales, así como su íntima relación con el coito; pero es solamente en épocas posteriores cuando encontramos descripciones completas de la sífilis, y cuando comienzan á brotar las teorías sobre su naturaleza.

Hácia el fin del siglo XV (1492-95-97) invadió á Europa una epidemia tan considerable de sífilis (?) y con manifestaciones tan alarmantes, que fué declarada por los médicos de aquel tiempo una enfermedad desconocida, atribuyéndola á influencias siderales, telúricas, al agua, etc. La coincidencia del regreso de Colón de su primer viaje al Nuevo Mundo, hizo que algunos dijeran que la enfermedad había sido importada de América. La disminución de la intensidad de las nuevas in-

fecciones, permitió más tarde reconocer la naturaleza sifilítica de aquella epidemia. A mediados del siglo XVI y gracias á Fernel, así como á Fracastar, se adquirió la certidumbre de que la sífilis era propagada por el contacto venéreo, que sus primeras manifestaciones eran locales, teniendo su sitio en los órganos genitales. Entre estos primitivos síntomas contaban dichos autores también á la blenorragia y al chancro blando, que podían ser seguidos de infección general: blenorragia, chancro blando y sífilis, tenían para ellos por causa un vírus idéntico. Esta escuela de la *identidad*, fué atacada enérgicamente por Balfour; pero sus ataques fueron rechazados por Hunter, quien después de haber obtenido una úlcera por la inoculación del pus blenorrágico en el glande, sostuvo que la blenorragia y la sífilis tenían por causa un mismo vírus, que aplicado en las mucosas daba origen á catarro purulento, y puesto en contacto con una pérdida de substancia originaba una úlcera, y que ambas podrían ser seguidas de una infección general.

Nos equivocaríamos, sin embargo, si asegurásemos que Hunter fué un identista de la escuela de Fernel, porque aunque antes ya había sido hecha la observación de que á una especie de úlceras que tenían la base blanda no seguía la infección, mientras que á otras que la tenían dura sí las seguía, él fué quien más insistió sobre esta diferencia, quedando desde entónces el chancro duro ó infectante con el epíteto de *chancro hunteriano*. Hunter, si bien creyendo que la blenorragia y la sífilis tienen el mismo origen, fué el fundador de la *escuela dualista*, es decir, de la que reconoce dos clases de chancros, teniendo cada uno su vírus. La exajeración de las ideas de Hunter condujo á la *pseudo-sífilis*, cuyos partidarios Carmichael y Avernethy, profesaron que, solo cuando precede á la infección un chancro du-

ro bien caracterizado, se trata de una verdadera sífilis, y en caso de no encontrar la puerta de entrada, es una *pseudo-sífilis*. *La escuela fisiológica* hizo pasar á la sífilis por sus doctrinas: Broussais, Jourdan y Cullerie, le negaron la virulencia, contándola entre las inflamaciones.

Al mismo tiempo, ó muy poco después, apareció en Alemania una escuela cuyos fundadores Authenrieth, Ritter y Aissemann entre otros, reconocieron diferencia entre el vírus sifilítico y el de la blenorragia, pero considerando esta última como una enfermedad general, atribuyendo muchas de las afecciones cutáneas y de órganos internos á una infección blenorrágica de la que serian metástasis.

No faltaron desde entonces adversarios á la doctrina de Hunter, y al fin, por el año trigésimo de nuestro siglo, Ricord, el más encarnizado enemigo de la escuela identista, era *unicista*, es decir, que creía que toda úlcera, tenga la base dura ó no, reconoce por causa el mismo vírus, pudiendo ser seguida de infección sifilítica. El hecho de que en muchos individuos á la desaparición de la úlcera no seguía la más mínima infección, lo explicaba por disposiciones especiales é individuales. Bassereau, discípulo de Ricord, observó, que de las dos especies de chancros uno es siempre derivado de su semejante, esto es: que el chancro duro solo produce el chancro duro, mientras que el chancro blando, solamente el blando, y de los dos, el primero es el único infectante. De estos hechos, y de la circunstancia de no haber encontrado el paso de uno á otro concluyó que cada chancro tiene su vírus especial, y estableció así los fundamentos de la *escuela dualista francesa*: escuela ensanchada por Clerc, Rollet y Diday y dotada con una nueva variedad de chancho, el *chancro mixto*. Esta escuela fué al fin aceptada por Ricord, y por su más eminente discípulo, Fournier.

Independientemente de esos adelantos, Baresprung, Zeissl y Lindwum en Alemania, después de ruda lucha, lograron hacer aceptar la creencia de que el chancro blando no tiene nada que hacer con la sífilis; más aún, que el efecto primitivo de la infección sifilítica, puede no ser un chancro en el sentido estricto de la palabra, sino solamente un nódulo duro. Sigmund, unicista al principio, se rindió á la evidencia, siendo en la actualidad uno de los más notables defensores de la escuela dualista alemana.

Al lado de las dos escuelas dualistas, quedan aún algunos partidarios de la doctrina unicista; así, en Francia, Langlebert; en Alemania, Dithrich y Koebner; en Austria, Hebra y Capossi, Sperino en Italia y Bidenkap Danielssen y Boeck en Suecia y Noruega.

Los progresos de la bacteriología han venido á acentuar más la separación entre las diversas afecciones venéreas, y á aclarar muchos puntos, há poco todavía obscuros. En 1879 señaló Neisser la presencia de micrococus de forma especial en el pus blenorrágico; micrococus á los que dió el nombre de gonococus, asegurando que no se encontrarian en ningún otro proceso purulento, sin relación con la blenorragia. Poco á poco se fueron encontrando los micrococus de Neisser en el pus de las oftalmías blenorrágicas, en la blenorrea uterina, etc. Oppenheimer y Bumm cultivaron el gonococus en suero humano. Después, Leistekow y Loeffler lo han cultivado en suero adicionado con gelatina, y al fin muchos bacteriologistas han repetido su cultivo.

Las inoculaciones hechas en los animales con este cultivo, han dado siempre resultados negativos; pero su sencilla aplicación sobre la mucosa de la uretra humana produce una uretritis muy intensa, con multiplicación de los diplococus. (*Boekhart y Bumm*). De esta manera ha sido anulada la idea de Ricord, que defendían

muchos especialistas modernos, de que los flujos diversos no blenorrágicos de la vagina, podían dar lugar en condiciones determinadas á la blenorragia; y de esta manera también, ha venido esta enfermedad á ocupar su puesto entre las afecciones parasitarias, llenando las tres condiciones que exije la bacteriología científica: 1ª poseer un microbio constante que no se encuentre en otra enfermedad; 2ª que sea cultivado dicho microbio; 3ª que inoculado, reproduzca la enfermedad primitiva, y que se demuestre su presencia en el organismo enfermo.

Relativamente á la sífilis no han sido por desgracia tan grandes los adelantos; y de las tres condiciones antes mencionadas apenas si ha sido llenada la primera. Lustgarten ha encontrado un bacilo, para él la causa de la enfermedad, valiéndose de un método de coloración que considera como específico para dicha bacteria. Este micro-organismo es un bastoncillo, del tamaño y forma del bacilo tuberculoso, que se encuentra siempre dentro de celdillas particulares, asemejándose en esto al de la lepra. Hasta ahora no ha podido ser cultivado dicho bacilo en ningún medio. El único carácter señalado como distintivo por su autor, el método de coloración, ha perdido mucho de su importancia con las observaciones de Alvarez y Tavel. Estos autores, han dado color por el mismo método á un bacilo que se encuentra normalmente en el *smegma prepucial*. Sin embargo, recientemente Dutrelepont y Klemperer afirman, que pueden distinguirse ambos parásitos por otro método de coloración que les es propio. Pero es más bien la experimentación de algunos sifilígrafos, la que hoy por hoy ha hecho caracterizar á la sífilis como una enfermedad constitucional y de virus específico.

*
* *

Durante largo tiempo se ha creido que una gran parte de las afecciones que se presentan en los sifilíticos, eran debidas siempre y por siempre á la sífilis; lo que equivaldría á decir que en un reumático, muchas de las afecciones que en él se presentan deberían reconocer necesariamente un origen reumatismal, lo cual está muy lejos de ser cierto. Los que así creyeren seguirían un camino erróneo sin duda, escabroso para ellos y peligroso para el paciente.

Con efecto, supongamos un enfermo que lleva en la garganta extensas placas mucosas ulceradas, que secretan pus y líquidos más ó menos descompuestos; productos que las más veces en lugar de ser arrojados al exterior son ingeridos por la deglución; pues bien ¿qué sucedería en este caso? Que el enfermo se intoxicará, y que presentará una série de fenómenos que evidentemente son independientes de la sífilis que los ha precedido. Es esto precisamente lo que pasa con algunos accidentes que suelen presentarse en el curso de ella, tales como la elevación de temperatura, los sudores, las manifestaciones gastro-intestinales y hasta algunas lesiones guturales: se produce, pues, una auto-intoxicación, una infección secundaria, y en los lugares en que por cualquiera causa se establece una erosión ó exulceración de la mucosa, éstas toman desde luego un mal aspecto, que no es debido á la sífilis, sino que generalmente depende de la auto-inoculación de los productos sépticos que se escurren de las otras úlceras allí existentes. Esto es tanto más cierto cuanto que para hacerlas desaparecer, no es necesario el tratamiento mercurial, el que muy al contrario, frecuentemente las pone en peores condi-

ciones, y basta solo el esmerado aseo de la cavidad buco-faringea, como diremos más adelante, para conseguir su desaparición.

Podría objetársenos y con alguna justicia, que el que no desaparezcan estas lesiones bajo la influencia del tratamiento específico, no arguye en contra de su origen sifilítico; es verdad, aparentemente, pues que hay algunas que son muy rebeldes á dicho tratamiento; más su rebeldía es ya un dato de presunción, y si á este agregamos los que nos suministran los exámenes histológicos y análisis micro-químicos, sobre todo la clínica, tendremos un conjunto de pruebas conspirando todas ellas á un mismo fin, esto es: la separación completa de las lesiones sifilíticas, de aquellas que no lo son.

Es también un hecho para todo aquel que haya tenido oportunidad de observar á los sifilíticos en el segundo período, que su temperatura se eleva en las noches, que sudan más ó menos, y que no pocas veces experimentan un calosfrío precursor; que en una palabra, todo este sindroma complexo llamado comunmente *fiebre sifilítica*, podrá conducir á un error de diagnóstico atribuyendo á la sífilis lo que en realidad puede reconocer otro origen como lo diremos luego, y esto solo porque, ó no se examina atentamente á estos enfermos, ó se tiene ya una idea preconcebida. Esto que decimos de los sudores y de la elevación de temperatura, podría aplicarse á las perturbaciones gastro-intestinales que reconocen también en ciertos casos un origen idéntico.

Mucho tiempo ha que se conocen los fenómenos determinados por la absorción de líquidos sépticos tales como los que se encuentran en esta clase de enfermos; y si bien es cierto que se nos podría decir que aquí no hay retención de líquidos, tampoco deja de ser cierto,

que en ellos al caer en la cavidad bucal son tragados con la saliva y con los alimentos, y una vez absorvidos van á producir los diferentes fenómenos de que hemos hablado ya. ¿Por qué mecanismo se producen estos accidentes? Bouchard lo ha dicho de una manera magistral en sus lecciones sobre las auto-intoxicaciones, expresándose en los siguientes términos: "el organismo, es, en el estado normal como en el patológico, un receptáculo y un laboratorio de venenos; entre estos, unos son formados por el organismo mismo, otros por microbios, vejetales inferiores, que son, ó bien los comensales, los habitantes naturales del tubo digestivo, ó bien parásitos advenedizos morbígenos. Así el hombre está constantemente bajo la amenaza de un envenenamiento; trabaja á cada instante en su propia destrucción; hace incesantes tentativas de suicidio por intoxicación, y sin embargo, esta intoxicación no siempre se produce. El organismo posee recursos múltiples para escapar de ella, se descarga de substancias tóxicas en un recipiente particular, de donde salen en seguida al exterior. La sangre, por otra parte, sustrae á los órganos los venenos á medida que se forman."

Como es fácil suponer, lo que acabamos de decir podrá tener lugar en el supuesto de un organismo normal; pero en los enfermos en que nos ocupamos, los hechos no pueden pasar así. Ciertamente, en un sifilítico el estado general domina todas las funciones; en todas ellas se manifiesta cierta languidez, cierto trastorno, y de consiguiente, el funcionamiento orgánico se hace mal; pero principalmente el aparato gastro-intestinal, en donde se producirán descomposiciones, putrefacciones, etc.; si á todo esto se reune los productos sépticos venidos de la garganta, tendremos el sumum de condiciones para que se realice la auto-intoxicación de que hemos hablado; la cual se revelará por los fenómenos de que

hemos hecho referencia: fiebre, sudores y perturbaciones gastro-intestinales, resultados todos de la lucha y eliminación de estos venenos; lucha incompleta, lucha estéril, pues al fin predomina la acción tóxica, y esto porque el tubo intestinal, encargado de eliminar las substancias tóxicas contenidas en el organismo, absorve al mismo tiempo una parte de ellas y que la sangre recoje sin demora; de donde por una parte, las deyecciones, por otra los fenómenos de intoxicacion, fiebre y sudores.

Así, pues, la fiebre en los sifilíticos, no es la expresión de la infección específica; reconoce, así lo creemos, en muchos casos, un origen séptico, los sudores. son el cesultado de la titánica lucha de celdilla á celdilla para desembarazarse de estos mismos productos, y los trastornos gastro intestinales reconocen la misma causa.

Más aún, accidentes todavía más graves pueden explicarnos suficientemente el mecanismo de las infecciones que venimos describiendo: queremos referirnos al aparato renal, que como es sabido es el eliminador por excelencia, así de los venenos venidos de fuera como de los que nacen en el organismo mismo. El filtro renal, como le llama Brouardel, necesita de su integridad completa para su funcionamiento perfecto; y desde el momento en que por cualquiera causa falta esa integridad, el organismo tendrá que resentir sus efectos; muchos casos de muerte repentina son un exacto ejemplo de esta verdad. (*Brouardel*).

Ahora bien, Rayer el primero, y más tarde Lancereaux, Carnil y otros, han demostrado las afecciones renales en los sifilíticos, encontrando en ellos la existencia de la nefritis parenquimatosa ó epitelial en el período secundario, el verdadero mal de Brigth sifilítico; las nefritis intersticiales en foco, la degeneración amiloide y por último aunque raramente la goma sifilítica, en

ese período que llaman comunmente secundo terciario, esto es: la transición de uno á otro que suele precipitarse en esas sífilis rápidas ó malignas; lesiones todas que impidiendo el funcionamiento de este órgano, favorecen la acumulación de productos morbígenos en el organismo, dando lugar á la intoxicación independiente del vírus específico.

A primera vista, poca ó ninguna importancia parecen tener tales cuestiones; mas si se reflexiona un poco se verá que es muy importante conocer á fondo su origen, puesto que el tratamiento deberá estar siempre basado en la etiología de estas afecciones. Es, en efecto, de tanta trascendencia este asunto, que unas veces tendrá que tratarse al enfermo por los mercuriales, y otras por la desinfección prévia del foco que les ha dado origen, como lo diremos en su lugar.

Asímismo, tienen tal importancia estos detalles que muchas veces el tratamiento en los enfermos de que hablamos, debe empezar por aquellas lesiones que no corresponden á la sífilis, que son independientes de ella; principalmente si estas son gastro-intestinales, que como se sabe son una contraindicación, pues impiden por sí mismas poner en práctica el tratamiento mercurial. Sabemos todos perfectamente las condiciones necesarias de integridad de esta mucosa, para la absorción de esta clase de medicamentos cuando se dan al interior.

Por otra parte, el enfermo mismo puede exijir que se haga un diagnóstico exacto de sus lesiones, y el médico está en la obligación de hacerlo, pues la ciencia le proporciona los recursos suficientes para lograrlo en la generalidad de los casos. Pasaron ya los tiempos en que con decir sífilis se había dicho todo; los casos hoy deben estudiarse más á fondo; hoy el diagnóstico de sífilis no llenaría las exijencias de la escuela moderna; y esto no es ni mucho menos un reproche á nuestros ilus-

tres antepasados; mucho en verdad hicieron de que nos hemos aprovechado; pero ellos no contaban con los medios clínicos con que hoy contamos; y así, en los hechos médicos, el análisis no se llevaba hasta desmenuzarlos, por decirlo así, en sus átomos étiológicos. De todos modos, les somos deudores de grandes beneficios, y por lo tanto debemos conservar sus ilustres nombres.

*
* *

Bien sabido es por todos los médicos, que una de las primeras manifestaciones del período secundario sifilítico, son las ulceraciones de la garganta, de la lengua, de la boca; pero lo más común es la región faringea, y de preferencia las amígdalas, el velo del paladar y los pilares de este. La región buco-faringea tiene casi exclusivamente el triste privilegio de las placas mucosas; es casi inevitable su existencia en la sífilis, en virtud de la irritación constante y forzosa á que está expuesta dicha región por varios agentes, como el alcohol, el tabaco; pero sobre todo los alimentos, cualquiera que sea su naturaleza; pues que cuando no obran por su composición obran por su acción mecánica, gozando dichas placas un papel importante así para el diagnóstico actual y retrospectivo, como, y principalmente, para el tratamiento general de la sífilis.

"Muchos sifilíticos, dice Jullien, suelen escapar de la sífilis grave y de los accidentes terciarios consecutivos; pero se puede asegurar que no hay uno que escape de la placa mucosa, de las mucosas; para muchos la sífilis se puede reasumir en esto: Chancro, roseola fugitiva, y

á su consecuencia *placas mucosas, reincidencia de placas mucosas y siempre placas mucosas*'' (1).

Mas es preciso distinguir con el mayor cuidado estas ulceraciones propiamente sifilíticas, de aquellas que no lo son, y que desgraciadamente suelen tomarse con frecuencia como tales, con gran perjuicio del enfermo. Debemos, pues, diferenciar las úlceras que bien pudiéramos llamar puras, y las que son producidas por infecciones secundarias no sifilíticas, producidas estas, ó por acumulación de bacterias, ó por irritaciones diversas, ó en fin por acción específica del mercurio, que es lo más frecuente y á las que de preferencia queremos referirnos.

Las ulceraciones propiamente sifilíticas, las sifilides húmedas, llamadas también placas opalinas, tienen caracteres de tal manera propios, que en la mayor parte de los casos y con un poco de cuidado es fácil reconocerlas. En efecto, su aspecto es característico, y aunque varían algo según el lugar que ocupan, presentan, sin embargo, caracteres que les son comunes á todas ellas. Así por ejemplo, la *angina sifilítica*, se caracteriza por una coloración muy especial rojo frambuesa, pero que no es, como dice muy bien Gueneau, el rojo vivo de la escarlatina, tampoco es el rojo dorado de la erisipela, ni el rosa subido de los fumadores, sino un rojo carmín que desde luego llama la atención por su rareza, y cuando se produce la ulceración amigdaliana, esta afecta la forma arredondada como si hubiera sido hecha con sacabocado.

En la región estafilo-tonsilar, que es el sitio de predilección de las placas mucosas, al principio se dis-

(1) Por nuestra parte podemos decir que la roseola no es en México y principalmente en nuestros soldados tan frecuente como en Europa. Allá, en efecto, la hemos visto siempre ser la primera manifestación de la infección sifilítica.

Igualmente podemos decir que hemos tenido en nuestro servicio, enfermos que han pasado el periodo secundario sin placas nuevas. Nuestro ilustrado y práctico compañero el Sr. Caraza nos ha asegurado el mismo hecho.

tinguirían por un engrosamiento circunscrito del espitelio, y una especie de despulido, una simple erosión; mas es raro observarlas en este estado porque los enfermos no reclaman nuestros cuidados sino cuando han avanzado mucho más, cuando está ya constituida la verdadera ulceración, y entonces se nos presentan con los caracteres siguientes: son ovalares y no talladas á pico como se cree generalmente, pues la forma alargada é irregular que presentan á primera vista, es debida al plegamiento de ellas siguiendo el borde velo-palatino. Su fondo es sácio, cubierto de una escara blanquizca que no puede quitarse ni aún lavándola, es más bien un exudado dipterítico; son poco ó nada dolorosas, y el enfermo acusa cuando más una sensación de picoteo y de molestia en el momento de la deglución. Si la ulceración es más vasta y profunda, su coloración es amarillenta y su aspecto pultáceo, sus bordes engrosados, y entonces sí son dolorosas *in situ* y á distancia, propagándose el dolor á los oídos, y aún no es raro que los ganglios submaxilares se infarten.

En cuanto á las ulceraciones de los labios, de las encías y de los carrillos, son más frecuentemente opalinas y desde el principio se complican de exudaciones dipteroides; si no se las atiende en su marcha, los estragos que producen son considerables, su aspecto se hace exuberante simulando verdaderas vejetaciones. (1)

Las ulceraciones no sifilíticas de la garganta ó de la boca, que más amenudo son confundidas con los específicos, son las mercuriales; aunque hay otras que son producidas por distintos agentes y que presentan ciertaana-

(1) En mi servicio en el Hospital Militar de Instrucción he tenido recientemente dos enfermos con accidentes secundarios en los cuales se produjo una hipertrofia tal de la encía del maxilar inferior y correspondiente al espacio comprendido entre uno y otro canino que llegó á cubrir los dos tercios de la parte visible de los dientes. Aquella hipertrofia ó exuberancia presentaba grande analogía con las vejetaciones y para destruirla hubimos de resecar parcialmente y día á día cada una de aquellas vejetaciones hasta destruirla, lo cual se consiguió muy pronto.

logía con las primeras; tales son, por ejemplo, las ulceraciones de los labios y carrillos en los vidrieros, la placa mucosa lingual simple, la psoriasis lingual dartrosa, las placas de los fumadores, la estomatitis ulcero-membranosa, en fin, el chancro sifilítico mismo; mas de estas las primeras son bien raras, la penúltima es casi propia de la niñez y la última tiene su bubón que la acompaña fatal y constantemente, caracterizándola en consecuencia. Así pues, describiremos sólo las mercuriales que son, en nuestro concepto las más frecuentes, las más graves y las que mayores dificultades presentan para su diagnóstico.

En efecto, hay casos en los que más bien por deducción que por convicción se supone su naturaleza; y como una prueba de tan inmensa dificultad citaremos aquí textualmente el siguiente hecho tomado de la clínica médica de Bennett, tomo 2º pág 669: "Pour moi, j'en suis convaincu, les sujets, dont l'organisme est imprégné de mercure, sont fréquemment affectés d'ulcéres que l'on prend tous les jours pour des ulcéres siphilitiques. Le cas suivant, dont j'ai été témoin il y a quelques annés, est un des premiers qui ont appelé mon attention sur ce sujet. Une petite fille, âgée de 7 ans, venait d'entrer á l'hôpital chirurgical. Elle avait, sur la partie moyenne du tibia, un ulcére arrondi ayant tous les caractéres de l'ulcére vénérien, décrit par Hunter. D'aprés les renseignements recueillis, il paraît que l'enfant avait souffert de dérangements intestinaux, et la mere avait jugé bon d'aller chez un droguiste, demander des poudres purgatives. On lui remit 12 paquets d'une poudre blanche trés fine; elle en donnait un le matin et un le soir; au bout de quatre jours survint une salivation abondante; cependant, on n'en continua pas moins de donner les poudres restantes, ce qui produisit un état cachectique. Sur ces entrefaites, l'enfant reçut un coup

violent sur la jambe, et c'est á la suite de cet accident que se produisit l'ulcére mentionné. Jamais il n'y avait eu de trace de syphilis dans la famille et tous les parents étaient en parfaite santé. Le professeur de clinique, le regretté Syme, déclara publiquement que, si cette enfant avait eu dix-sept ans au lieu de sept, trompé par les apparences, il aurait cru á un ulcére syphilitique."

Como se ve, profesores tan notables como el clínico inglés citado por Bennett, se encuentran perplejos y embarazados ante el diagnóstico de una ulceración de origen mercurial, y esto en la piel y en lugares en donde son extremamente raras. Fácilmente podremos suponer lo que sucederá cuando dichas ulceraciones ocupen sitios de predilección como la boca y la garganta, así de las específicas como de las mercuriales.

Sin embargo, señalaremos los caracteres clínicos que hemos podido observar como distinguiendo á esta especie de ulceraciones, y que podrán servir en la mayor parte de los casos para distinguirlas y reconocerlas: comienzan generalmente, por un enturbiamiento digámoslo así, difuso del epitelio; hay desde luego formación de una capa gris súcia, no bien circunscrita, muy semejante á la grasa ordinaria, pero que suele desprenderse por un lavado antiséptico apropiado. Se nota un hinchamiento considerable de la mucosa gingival y faringea color lívido, y sangrando fácilmente. Son dolorosas al apretar los dientes, ó en el momento de la deglución; producen salivación abundante, y en fin, se exacervan bajo la influencia del tratamiento específico; en tanto que las genuinas, las propiamente sifilíticas, se modifican siempre favorablemente por el mismo tratamiento.

El microscopio podría dar probablemente algunos elementos de diagnóstico. Así, en las ulceraciones sifi-

líticas; se encontraría en los puntos donde falta la capa pultácea, además de celdillas pequeñas que forman la base de toda ulceración, (leucocitos) las celdillas más grandes características de los procesos sifilíticos, con los bacilos de Lustgarten contenidos en ellas. En cambio, las ulceraciones mercuriales, además de que el exudado que cubre á la ulceración no es tan abundante, sólo se encontrarían de él las pequeñas celdillas antes citadas.

Raspando una ulceración sifilítica, podría suceder que se encontraran algunas celdillas con bacilos de Lustgarten, y en tal caso, el diagnóstico sería seguro; pero como dichas celdillas ocupan habitualmente capas relativamente profundas, no se pueden obtener fácilmente en cada examen. No sería raro encontrar el bacilo mismo, libre, entre las granulaciones del pus.

Debemos á la benevolencia así como á las aptitudes reconocidas de nuestro ilustrado cuanto modesto compañero el Dr. Toussaint C. un medio de diagnóstico químico, que le pertenece, y que es de grande utilidad para reconocer las ulceraciones mercuriales.

Hemos dicho que uno de los caracteres de estas ulceraciones es la salivación abundante; pues bien, recojiendo este líquido, como lo hemos hecho, de nuestros enfermos, y sometiéndolo á las reacciones del mercurio, el Sr. Toussaint ha encontrado este metal en exceso. Hacemos, pues, público este descubrimiento para que se le conceda la prioridad; pues nadie, antes que él, ha dicho algo sobre este particular.

*
* *

De lo que dejamos dicho en las páginas anteriores de este estudio, se desprende ya muy naturalmente, cual deberá ser para nosotros el tratamiento racional de la sífilis.

Siendo la sífilis una enfermedad general, constitucional, necesita, no sólo un tratamiento local y dirijido contra las manifestaciones más ó menos circunscritas de ella, sino principalmente, un tratamiento general, esto es: un tratamiento cuyo principal objeto sea, introducir al organismo por la circulación, aquella ó aquellas substancias que favorezcan la eliminación del vírus ó bien lo hagan inofensivo. (*Finger*).

Esta proposición que es casi una ley en los casos de sífilis de marcha normal, no es practicable en aquellos sobre los que hemos llamado la atención, de infecciones generales y locales no sifilíticas, si no se atiende prévia y preferentemente el cuidado de la boca del paciente.

Muchas han sido las substancias recomendadas desde tiempo inmemorial para el tratamiento de esta enfermedad, y tan diversas como las ideas acerca de la naturaleza de ella; pero una de las substancias que siempre y con justicia ha gozado de cierto crédito es el mercurio. Usado ya en 1495 por Marcellus Cumanus, llegó á generalizarse su empleo de una manera tan considerable, hasta el grado de caer en manos de charlatanes, quienes á fuerza de manejar un elemento cuya naturaleza y acción desconocían, llegaron á producir grandes males originando con esto el descrédito del medicamento. Defendido y atacado sucesivamente por hombres eminentes, ha venido pasando por alternativas de boga

y de abandono, hasta el día, en que habiendo recuperado gran parte de su justo mérito, es, sin embargo, combatido por no pocos círculos.

Por nuestra parte, y hasta que no se nos convenza de lo contrario con la evidencia de los hechos comprobados, sostenemos y sostendremos, que así como las sales de quinina son el agente curativo por excelencia de la infección palustre, el mercurio, es también, el agente único para combatir la sífilis. ¡Ojalá que la Terapéutica pudiese contar en su hoy numerosísimo arsenal, con mayor número de remedios tan eficaces como la quinina y el mercurio, para luchar con éxito contra el sin número de afecciones que diariamente causan tantas víctimas!

Pero si como lo confesamos tan ingénuamente, somos, no ciegos, sino persuadidos partidarios del mercurio, también debemos hacer notar que en el empleo de este medicamento nos preciamos de ser prudentes, manejándolo como la clínica y la observación nos lo aconseja. En efecto, hemos ya indicado, ó más bien permítasenos decirlo de una vez, demostrado, los inconvenientes graves que su uso inmoderado ó imprudente produce en esta clase de enfermos á que nos referimos, y en consecuencia, procuramos sujetarnos siempre á los más estrictos preceptos en su aplicación; en una palabra, procuramos distinguir con el mayor tino el principio de su acción nociva y el fin de su acción benéfica.

El tratamiento de la sífilis podemos dividirlo en *directo* é *indirecto*: el directo, es aquel cuya acción se produce sobre el vírus mismo, haciéndolo inofensivo; y el indirecto, es el que sosteniendo al organismo en la lucha contra el vírus, permite y favorece la eliminación espontánea de este.

Ahora bien, cuáles son los agentes de que podemos disponer, para llenar en todas sus partes las indicacio-

nes que resultan de nuestra división? El mercurio, el yodo y sus compuestos. De qué modo obran estos medicamentos? Sigmund lo ha precisado de la manera más exacta diciendo, que el mercurio es un agente directo, y el yodo es un agente indirecto para la curación de la sífilis. Efectivamente, el mercurio es un medio que ataca directamente al virus destruyéndolo ó haciéndolo inofensivo. La mejor prueba que podemos citar en apoyo de nuestro aserto es la experiencia de Boeck, en la que basta mezclar una gota de solución, al milésimo, de bicloruro, con una gota de pus sifilítico y hacer inoculaciones con esta mezcla, obteniendo siempre resultados negativos; la menor cantidad de sublimado, es suficiente para hacer inofensivo el pus sifilítico.

Cosa muy diferente sucede con la acción del yodo. Este no tiene acción directa sobre el virus. Con efecto, si se agregan soluciones yodadas al pus sifilítico, no se impide el resultado positivo de las inoculaciones. El yodo, no es, pues, un medio curativo directo, sino indirecto.

Si á un individuo se le dan preparaciones yodadas en cantidad moderada, se nota, que bajo la influencia de su administración los cambios nutritivos se activan. Las funciones orgánicas todas se modifican favorablemente, y así, el apetito aumenta, la digestión se hace más fácil, las fuerzas se multiplican, y de esta mejoría en el estado general resulta la eliminación del virus, favorecida.

No hace mucho tiempo todavía, se consideraba al mercurio como específico del período secundario, y al yodo, del terciario; pero esa creencia no corresponde á la verdad práctica de una manera tan absoluta. Desde luego, y con respecto al periodo secundario, podemos, con Finger, dividir los casos que se nos pueden presentar en cuatro grupos: 1º individuos robustos, sin otra enfer-

medad, con formas ligeras, maculosas ó papulosas húmedas, y en los cuales basta para su curación con los cuidados higiénicos y la dietética simple; podría decirse que se curan solos; 2 ◦ individuos semejantes á los anteriores, con determinaciones análogas, pero en los que no bastan los medios antes dichos para curarlos; pudiendo, sin embargo, conseguirlo, modificando los cambios nutritivos; 3 ◦ casos de sífilis secundaria grave, con formas secas, soriáticas, escamosas, en individuos no precisamente caquécticos; y 4 ◦ formas graves, pustulosas, malignas, en individuos caquécticos ó afectados de otras diatésis.

Ahora bien, establezcamos nuestras indicaciones conforme á los cuatro grupos anteriores, y tendremos, que á los del 1 ◦ y 2 ◦ grupo les basta la indicación yodada; que los del 3 ◦ necesitan incondicionalmente el mercurio; y los del 4 ◦ antes que darles el mercurio ó el yoduro, se les debe forzosamente levantar las fuerzas y tonificarlos.

El uso inmoderado y prematuro del mercurio es inconveniente; pues no hay que olvidar lo que tanto nos enseña la experiencia, esto es: que el tratamiento mercurial instituido por segunda ó tercera vez, no produce ya todos los benéficos efectos que la primera. Supongamos que se trata una manifestación ligera del período secundario, con una medicación mercurial desde el principio enérgica; evidentemente que desaparecerá; pero el organismo habrá sufrido con nuestra energía. Y cómo quedan nuestros recursos terapéuticos, si por desgracia se presentan en el período terciario algunas formas graves? Alguien ha estereotipado la conducta prudente que se debe seguir en estos casos, diciendo, que no hay que comenzar la caza tirando á los gorriones con balas de cañón.

Más aún, Finger cree que las formas ligeras del pe-

ríodo terciario deben tratarse al principio por las preparaciones yodadas, y si después de algún tiempo no ceden, pasar al uso del mercurio.

En cuanto al período terciario grave, es conveniente tratarlo por la administración simultánea de estos dos medicamentos, es decir: por lo que se ha llamado el tratamiento mixto. Sin embargo, en las formas galopantes, sea del período secundario, sea del período terciario, son los medicamentos indirectos, los denominados reconstituyentes, como los diversos cocimientos, y principalmente la conocida poción de Zitman, la no menos ventajosa de Pollini, el yoduro de fierro, el aceite de hìgado de bacalao, los arsenicales, etc.; los que ofrecen mejores servicios. El mercurio en estos casos, en los que la caquexia es casi siempre exajerada, parece contraindicado por ella, y el yoduro de potasio, es un reconstituyente, si bueno, demasiado débil.

Hasta aquí el tratamiento propio de la sífilis, y en el supuesto de su marcha regular; véamos ahora el de los accidentes, sobre los que preferentemente hemos querido llamar la atención.

Refiriéndonos á los enfermos que nos ocupan, muchas pueden ser las circunstancias que nos impidan poner en práctica lo que en los casos ordinarios sería nuestra mejor conducta. De estas, unas son individuales, dependientes del enfermo mismo, y otras del todo agenas á él. Es, por lo tanto, indispensable, procurar remediar esto que pudiéramos llamar los verdaderos obstáculos de nuestra terapéutica. Así, por ejemplo, en un individuo linfático, estrumoso, ó bajo la influencia de cualquiera otra diatésis que haya minado más ó menos su organismo, sería temerario el uso del mercurio; y esto lo hemos dicho ya conviniendo en que en semejantes circunstancias, antes de ocuparnos de su afección específica, debemos dirijirnos á su estado general.

Pero no es este el solo y grande inconveniente con que podemos tropezar, el que si es verdad que por sí mismo representa una gran parte del éxito, es en la generalidad de los casos más ó menos fácilmente combatido. Hay otros que son más terribles aún, así por su rebeldía como por los accidentes á que inmediata y directamente dan lugar; queremos referirnos á la preexistencia de lesiones en la cavidad buco-faringea, y que dependen en no pocas veces de causas completamente extrañas á la infección: las más comunes son: la mala disposición de los dientes, permitiendo el depósito de materias alimenticias en sus intervalos, y que descomponiéndose por la acción directa del aire son un peligro constante; su mala disposición, es á la vez causa ú origen de ulceraciones en los carrillos y los labios; la caries tan frecuente en ciertos individuos, la acción irritante del alcohol y del tabaco, y por último, las manifestaciones sifilíticas de esta región. Hemos insistido ya sobre la patogénia de estos accidentes, para que se nos evite volver de nuevo á ellos.

Ahora bien, sabemos que el mercurio tiene una acción especial sobre la mucosa de la boca, como se demuestra diariamente aún por las más pequeñas aplicaciones de él. Sabemos, igualmente, que la estomatitis que produce, é independientemente de cualquiera otra afección y por sí misma, suele tomar caracteres muy alarmantes produciendo muchas veces la ulceración fungosa de las encías, la caida de los dientes y aún desórdenes más considerables.

Nadie niega, ni puede negar en la actualidad, que el microbio de la saliva permanece por mucho tiempo inofensivo, mientras no se reunen las circunstancias microbicidas como se han llamado, que lo hagan entrar en actividad. Qué sucederá si en un momento dado todas esas circunstancias se reunen para que dicho micro-

organismo se ponga en acción? No necesitamos esforzarnos mucho para responder á lo anterior. Son precisamente las condiciones de nuestros enfermos. Todo está en ellos preparado para producir ese cúmulo de fatalidades. Procuremos, pues, evitarlo á todo trance, y habremos hecho el tratamiunto preventivo.

De qué medios podemos servirnos para lograr tan deseado fin? Hé aquí las prescripciones á que nos ajustamos en nuestra práctica, no teniendo hasta hoy sino motivos de felicitarnos constantemente por nuestra conducta.

Nuestro primer cuidado es hacer un examen minucioso de la boca, fijándonos en el estado y número de los dientes; si solo hay depósitos de tártaro dentario en ellos, recomendamos su limpieza; si existe caries, aconsejamos su obturación ó la extracción de la pieza, si fuere inútil ó innecesaria su conservación; si recientemente ha sido extraido alguno ó algunos de ellos, y que todavía la cicatriz alveolar no haya sido hecha, la procuramos activamente por todos los medios de que se hace uso. Prosiguiendo nuestro examen, y reconocida la existencia de ulceraciones en la región que nos ocupa, pasamos desde luego á hacer el diagnóstico diferencial de ellas, para lo cual nos informamos si nuestro enfermo ha sido sometido anteriormente al tratamiento mercurial, por cuanto tiempo, en qué condiciones; y hasta la clase de preparacion usada; en fin, si ese tratamiento ha sido local ó general.

Recojidos los informes anteriores, cuya importancia nadie podrá poner en duda, y teniendo presente lo que dejamos dicho respecto á la distinción clínica de estas ulceraciones, así instituiremos en seguida nuestra terapéutica: se trata de ulceraciones específicas, tenemos á nuestra disposición toda la série de medios recomendados para el efecto, y de muy conocido uso en nues-

tros servicios especiales, tales como la aplicación directa de la tintura de yodo más ó menos diluida, el nitrato de plata en soluciones cateréticas ó cáusticas, el cloruro de zinc, el benzóato de sosa, la solución alcohólico-etérea de yodoformo, las diversas insuflaciones con polvos astringentes como el alumbre, el borax, solos ó asociados, el yodoformo, precioso agente de tan esparcido como justificado uso, y por último, el nitrato ácido de mercurio; aunque de este último no somos del todo partidarios, tanto por su naturaleza química como por los peligros á que expone su manejo. Hemos visto un enfermo en la práctica civil, á quien se le habían cauterizado unas placas mucosas de la garganta con el mencionado medicamento, presentando desórdenes bien graves de la base de la lengua, del istmo de la garganta y hasta de la epiglotis, producidos por el escurrimiento del líquido en el momento de su aplicación. No nos atreveríamos, pues, á recomendarlo, sino usado con la mayor prudencia.

Con algunas reservas podemos asegurar, que en la gran mayoría de los casos, bastarán los medios antes indicados y el apropiado tratamiento general para hacer desaparecer estos accidentes, si ellos son propiamente sifilíticos; mas si por desgracia no fuere así, y antes bien se exacerbasen en su marcha, ya es un elemento importatísimo para sospechar con gran probabilidad, la naturaleza distinta de las citadas ulceraciones, el que unido á los datos suministrados por el enfermo, y á los caracteres que les son propios, descritos en otro lugar, nos servirán para suponer, casi seguramente, su origen mercurial.

En tal supuesto, dos son las indicaciones que deben llenarse y á las cuales debemos dedicar toda nuestra atención: suprimir en primer lugar la causa que les ha dado origen, esto es, el mercurio, y tratarlas local y di-

rectamente por los diversos desinfectantes, y muy particularmente por el ácido fénico, en solución al uno por cuatrocientos, en buches y gargarismos, el ácido bórico al 4° $_0$ el ácido salicílico, el permanganato de potasa, el tanino, el sosoyodol, etc; con los cuales medios se puede obtener en pocos días el resultado que nos proponemos. Permítasenos llamar á esto la *toilette* de la cavidad bucal, que es á la vez el tratamiento curativo.

De esta manera prevenimos en gran parte las afecciones consecutivas del aparato gastro-intestinal, y consiguientemente las auto-intoxicaciones ó infecciones secundarias no sifilíticas, que nos hemos propuesto dar á conocer; pero no siempre, desgraciadamente, logramos impedirlas, y esto porque con frecuencia nuestros cuidados son solicitados demasiado tarde.

En presencia, pues, de accidentes gastro-intestinales ó de infección, que para nosotros son la expresión de la ingestión de productos sépticos, de la descomposición mayor de los ya existentes, y de la absorción de una parte de ellos por la mucosa del tubo intestinal, nuestra conducta debe ser, procurar de la manera más eficaz la asepsia gastro-intestinal, y que conseguimos casi siempre con la administración al interior del ácido clorídrico diluido, (1) el que además de ser un antiséptico poderoso, pues según Bouchard impide toda clase de fermentaciones, es un adyuvante de la digestión estomacal. El salol, á la dósis de 3 ó 4 gram. al día, ya sea en polvo ó suspendido en un vehículo mucilaginoso, ó el salicilato de bismuto, 5 á 8 gram. diarios, cuyo poder antiséptico está perfectamente reconocido.

Podrá suceder, sin embargo, que á pesar de todas nuestras precauciones, á pesar de toda nuestra eficacia

---

(1) Ácido clorídrico humeante puro...... 4 grm.
Agua...................................... 1.000.——

preventiva, la absorción de dichos productos sépticos tenga lugar; pues bien, quédanos todavía el recurso poderoso de activar y favorecer los medios de eliminación de que el organismo dispone para deshacerse de ellos, siendo por el riñón y la piel por donde lo lograremos más seguramente. Los diuréticos y sudoríficos encuentran aquí su más exacta aplicación.

Además de los medios que acabamos de indicar, tenemos por regla de conducta rodear á nuestros enfermos de los mayores cuidados higiénicos, tan necesarios en estos casos. Así, les recomendamos que eviten los enfriamientos, la humedad y los excesos de todo género; que su alimentación sea reparadora, procurando que su buena calidad haga innecesaria la cantidad, para disminuir así el trabajo intestinal; que sus vestidos sean confortables, encargándoles el uso de la franela ó de la seda en aquellas piezas que se presten para ello. Con el fin de favorecer el regular funcionamiento de la piel, les aconsejamos tomen algunos baños tibios, de vapor y de regadera, alternándolos prudentemente, y por último, les prohibimos el tabaco y el alcohol en tanto que dure su contraindicación en la cavidad bucal. Este es el tratamiento higiénico ó tónico de algunos autores.

***

Reasumiendo todo lo que hemos dicho hasta aquí, creemos estar autorizados para deducir que *la sífilis es curable*; y sin atrevernos á asegurar que lo sea completa y radicalmente, podemos sí afirmar que *siempre que el sifilítico se sujete al tratamiento racional de ella, por el*

tiempo que su afección requiera, hasta la desaparición completa de las más rebeldes manifestaciones; y si pasado un período de tiempo de 4 ó 5 años no viene un renuevo de su afección, es muy posible que ese individuo se haya curado.

El decrecimiento de la inmunidad, pudiendo ir con la edad, hasta la desaparición completa de este estado privilegiado; es una prueba evidente de la posibilidad de curar completamente la sífilis, dice Langlebert; pero no opina así la generalidad de los sifilígrafos, y muy al contrario, creen algunos que la actividad virulenta se conserva por muchos años, 20, 30 y hasta 40. Citan en comprobación de esta hipótesis los mil hechos que conocemos en la literatura médica, bastante significativos algunos, tanto de renuevos lejanos específicos, como de trasmisión aún después de largo tiempo, á los hijos de un sifilítico. Es verdad que sobre esto último los hechos no están perfectamente comprobados, y aún en la actualidad, grande es la división que reina entre los especialistas sobre la influencia paterna en la sífilis hereditaria, negándola unos totalmente, admitiéndola otros relativamente, y asegurando la mayoría que es la madre exclusivamente la que trasmite.

En cuanto á las manifestaciones tardías de que antes hablamos, la explican los que tal idea profesan, por el hecho de que el mal persiste al estado latente sin haber completamente desaparecido, y en tales casos, la sola pero inmoral prueba, sería, que un individuo en esas condiciones quedase refractario á una nueva inoculación.

Queda, pues, la duda, de si un sifilítico después de algunos años ha sido ó no curado.

Ateniéndonos á nuestra escasa experiencia, podemos asegurar, que hasta hoy, no hemos visto las tan tardías manifestaciones á que nos hemos referido; y en cambio, poseemos algunos hechos de individuos curados, que

han pasado 6, 8 años y aún más sin que se haya presentado en ellos ningún accidente que pudiera referirse á la infección sifilítica. Conocemos, asímismo, individuos que nos consta han tenido accidentes sifilíticos secundarios, casados y padres hoy, gozando sus hijos de perfecta salud.

Por lo mismo, sin negar del todo como ya dijimos, de que por circunstancias especiales difíciles de explicar, un individuo pueda ser y quedar siempre sifilítico, creemos que en la mayoría de los casos la sífilis puede curarse.

Desgraciadamente en la práctica y sobre todo en la práctica civil, se reunen ciertos factores que son verdaderos obstáculos para alcanzar tan bello ideal. Cosa increible! El enfermo mismo que nos busca con ahinco, que nos ruega y aún nos exije que le desembaracemos de su mal bien pronto, que nos revela las más veces la necesidad urgente en que está de deshacerse de él, ya por la influencia que ejerce sobre su moral, casi siempre atacada profundamente, ya por circunstancias especiales de familia, obligado á ocultarse y apartarse de ella, ó ya en fin, y esto es lo más grave, sus más doradas ilusiones van á realizarse, sus más grandes ensueños van á cumplirse, la futura dueña de su hogar y madre de sus hijos lo espera, y él......no se atreve......

Pues bien, este enfermo que ansía ser curado, es, él mismo, el más grande obstáculo para conseguirlo. Ciertamente, la falta de asiduidad y constancia en la aplicación de los medicamentos, la negligencia, el abandono, y hasta la indiferencia en el cumplimiento de las prescripciones, así como la poca fuerza de voluntad para apartase por un tiempo limitado de la vida que generalmente los jóvenes llevan, se opone y nulifica del todo los propósitos y esperanzas mejor fundadas del

médico que los trata. Ojalá esto fuera bien comprendido por esta clase de enfermos, y entonces, ellos por una parte, la prudencia y tino de su médico, por otra, para manejar las armas de dos filos que la ciencia ha puesto en sus manos para curarlos, disminuiría seguramente en un 50 % los sifilíticos existentes; ganando así la sociedad actual y mas aún la sociedad futura.

México, Abril 18 de 1891.

Dr. Eduardo R. García.